Rok XXXIII. Kraków 16. Czerwca 1894 r. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffe, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Sigmund utrzymywał, że kiła dziedziczna pochodzi zawsze od matki, nie napotkał bowiem ani jednego przypadku, w którymby matka dzieci kiłowych nie przedstawiała objawów kiły; według Boecka przekazuje się kiła od ojca tylko w rzadkich i wyjątkowych przypadkach, źródłem kiły dziedzicznej bywa prawie zawsze choroba matki; Eisenschitz i Sturgis twierdzili też, iż kiłę potomstwu przekazuje zawsze matka, ojciec zaś kiłowy płodzi z wolną od kiły matką zdrowe dzieci; dopiero gdy matka nabędzie kiły, przychodzą na świat dzieci, dotknięte objawami kiły dziedzicznej; Lewin mniemał, iż kiła zawsze od matki przekazuje się potomstwu; Engelstedt wątpił, iżby kiła ojca mogła udzielać się dzieciom; według jego zdania, kiła dziedziczna powstaje zawsze w następstwie kiły matki; wprawdzie mniema on, iż niezawsze u matki dzieci kiłowych można wykazać swoiste objawy, lecz matka wtedy ma kiłę utajoną.

Bardzo dokładnie rozpatrzona jest sprawa przekazywania dziedzicznego kiły od matki w starannie opracowanej i obszernej rozprawie duńskiego autora Flindta, który usiłuje udowodnić, iż zdrowe i wolne od kiły matki zawsze wydają na świat zdrowe i niezakażone potomstwo; dzieci zaś dotknięte objawami kiły dziedzicznej nabywają choroby od matki bez udziału ojca; zdaniem Flindta przyrzut kiłowy przechodzi z matki na płód drogą obiegu krwi przez łożysko; zaprzecza on stanowczo temu, iżby kiła matki dostawała się potomstwu za pośrednictwem zakażonego jajka [1].

[1]) l. c. str. 151 i 254—261.

Krańcowe poglądy Flindta podzielał także i Wolff [1]) który też twierdził, iż dzieci, spłodzone z kiłowego ojca i zdrowej matki pozostają zdrowe i niezakażone, potomstwo zaś zrodzone z kiłowej matki odziedzicza zawsze jej chorobę pomimo udziału ojca. Wolff więc i Flindt najzupełniej zaprzeczają możliwości pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca zakażonego. Podobne też zdanie wypowiedział Roth [2]), opierając się na wynikach bakteryologicznych w ostrych chorobach zakaźnych i stósując je do przewlekłych chorób zakaźnych i do kiły, odrzuca wszelką możliwość dziedziczenia kiły za pośrednictwem zakażonego nasienia lub jajka; mniema natomiast, iż przyrzut kiłowy dostaje się od matki do płodu li tylko za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi. Na poparcie zaś swej teoryi przytacza przypadki, w których kiłowy ojciec płodził zdrowe i wolne od oznak kiły potomstwo.

Wśród zwolenników wyłącznego udziału matki w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły napotykamy nazwiska Julliena [3]), Fourniera [4]), Gaya [5]), Müllera [6]), Hallopeau [7]) i Otisa [8]). Jullien wypowiada zdanie, iż kiła dziedziczna nie może nigdy powstać bez udziału matki, ojciec zaś kiłowy nie przekazuje wprost swej choroby potomstwu, lecz udział jego objawia się w ten sposób, iż udziela kiły matce, ta zaś przekazuje chorobę dzieciom. Fournier w kile matki upatruje jedyne prawie źródło kiły dziedzicznej. Gay i Müller wypowiadają też podobne zdanie. Hallopeau powątpiewa, iżby kiła ojca mogła przejść na

[1]) Zur Frage der paternen Infection bei hereditärer Syphilis. Inaug. dissert. Strassburg. 1879. str. 33.

[2]) Berliner klinische Wochenschrift. 1883. 20.

[3]) Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1879. str. 995—998.

[4]) l. c. str. 46.

[5]) Kurs wenericzeskich bolieczniej. Kazań. 1883. IV. wydanie str. 431.

[6]) Grundzüge der Pathologie und Therapie der Syphilis. Leipzig 1884. str. 107.

[7]) Annales de dermat. et syphil. 1884. 11. str. 658.

[8]) Journal of cutan. and genito-urinary diseases. 1886. 3. 4.; Viert. f. Dermat 1886. str. 674.

potomstwo. Otis twierdzi, iż przyrzut kiłowy nie może przenieść się z zakażonem nasieniem od ojca, lecz kiła dziedziczna powstaje w ten sposób, iż dziecko spłodzone przez matkę kiłową, nabywa choroby od matki za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi.

Jakkolwiek z licznych spostrzeżeń, nagromadzonych przez obrońców teoryi wyłącznego udziału matki w sprawie dziedziczenia kiły, wypada, iż kiłowa matka zawsze przekazuje swą chorobę potomstwu, napotykają się jednak niekiedy przypadki, wprawdzie nieliczne, w których matki, znajdujące się w okresie drugorzędnej kiły, wydają potomstwo na świat zdrowe i wolne od objawów kiły dzieci; spostrzeżenia w tej mierze ogłosili: Hebra[1]), Violet[2]), Stein[3]), Oewre[4]), Boeck[5]), Kassowitz[6]), Orth[7]), Thiry[8]), Fournier[9]), Zeissl[10]), Krówczyński[11]) i inni.

Zestawiwszy poglądy i twierdzenia zwolenników teoryi wyłącznego od matki przekazywania kiły potomstwu, wypada nam rozpatrzyć się w nich krytycznie; przed tem jednak zwrócić uwagę musimy, iż w poprzednim rozdziale omawiając udział ojca w dziedziczeniu kiły, przytoczyliśmy już liczny szereg przypadków, przemawiających przeciwko teoryi wyłącznego udziału matki w sprawie dziedzicznego przekazywania kiły potomstwu; przypominam też tu, iż przypadki wymienione tyczyły się zdrowych i wolnych od wszelkich objawów kiły matek, które z kiłowymi ojcami płodziły potomstwo z objawami kiły dziedzicznej.

Co się zaś tyczy dowodów, na których opierają się zwolennicy omawianej teoryi, przeważnie składają się one ze spostrzeżeń na zdrowych matkach, które z kiłowymi ojcami płodziły zdrowe i wolne od kiły potomstwo; wiemy jednak, iż w wielu przypadkach świeża nawet kiła ojca, właściwie leczona, wcale nie udziela się dzieciom, co następuje wskutek tego, iż przyrzut kiłowy wskutek działania swoistych środków traci swe własności zakaźne (przypadki Grünfelda[12]) Fourniera[13]), Zeissla[14]); następnie zaś, nawet nieleczona kiła ojca w późniejszym swym przebiegu z tegoż samego powodu staje się dla potomstwa coraz mniej niebezpieczną i szkodliwą; z innej zaś strony wcale nie brakuje wielu spostrzeżeń, w których kiłowy ojciec pomimo energicznego leczenia w ciągu kilku i nawet kilkunastu lat płodzi zakażone kiłą dzieci, matka zaś pozostaje zdrową i wolną od wszelkich objawów kiły; o podobnych przypadkach mówiliśmy już w poprzednim rozdziale.

Wracając do spostrzeżeń, ogłoszonych w celu udowodnienia wyłącznego udziału matki w sprawie przekazywania kiły dzieciom, i rozpatrując się w nich, przekonywamy się, iż są często niedokładnie opisane; najczęściej brakuje w nich szczegółów o przebiegu kiły rodziców przed zapłodnieniem, o kile zaś ojca pobieżne znajdujemy wzmianki; zwykle nie się nie wspomina o tem, czy leczono kiłę ojca czy też wcale jej nieleczono, w jakim znajdowała się okresie choroba ojca w chwili zapłodnienia matki, a więc pozbawieni jesteśmy możności sądzenia o tem, czy kiła ojca była jeszcze zaraźliwą, czy tez utraciła już zdolność przekazywania się. W przypadkach, podanych przez Oewrego, o kile ojca powiedziano, iż nabył jej przed 2—4, 5—9 laty. Słusznem więc byłoby tu przypuszczenie, iż choroba ojca już była wyleczona lub że, co najmniej, przyrzut kiłowy miał czas utracić swe własności zakaźne; nie ulega też wątpliwości, iż w takich okolicznościach kiła ojca nie powinna była udzielać się potomstwu; przypadki więc Oewrego nie mogą wcale przemawiać przeciwko możliwości przekazywania kiły przez ojca dzieciom.

W przypadkach Wolffa ojciec przebywał zwykle kiłę przed kilku laty i był kilkakrotnie leczony; wobec tego przypuszczać możemy, iż kiła ojca musiała utracić swe zakaźne własności i wskutek tego nie udzieliła się potomstwu. Można wreszcie zgodzić się nawet i na to, iż przytaczane przez zwolenników teoryi wyłącznego udziału matki przypadki dowodzą pochodzenia kiły dziedzicznej od matki, nie mogą jednak przemawiać przeciwko przekazywaniu kiły od ojca dzieciom, oraz nie dowodzą wyłącznego udziału matki w sprawie odziedziczania kiły.

Widzimy więc, jak mało uzasadnionem jest twierdzenie Culleriera, Notty, Flindta, Wolffa i innych, że kiła potomstwa pochodzi zawsze od matki, ojciec zaś kiłowy nie przekazuje swej choroby dzieciom.

Za dowiedziony uważamy jednak udział matki kiłowej w niektórych przypadkach kiły dziedzicznej potomstwa. Jak już wyżej nadmieniliśmy, zdania autorów różnią się co do sposobu, w jaki przyrzut kiłowy udziela się od matki płodowi: jedni twierdzą, iż kiła dziedziczna dzieci, zrodzonych z matki kiłowej i zdrowego ojca powstaje z zakażonego jajka (Sigmund, Zeissl, Geigel[1]); inni zaś (Johns, Baerensprung Baumler, Drysdale[2]) i Diday twierdzą, iż udział matki wyraża się w ten tylko sposób, iż w chwili zapłodnienia nasienie kiłowego ojca zakaża jajko, z którego następnie powstaje kiłowy płód; zdaniem zaś Coopera[3]), Höldera[4]), Flindta, Wolffa kiła dziedziczna powstaje nie z zakażonego jajka, lecz za pośrednictwem obiegu krwi drogą łożyskowego zarażenia się od matki. Najwięcej jednak zwolenników ma zdanie, według którego poprzednia kiła matki, t. j. nabyta przed zapłodnieniem może przenosić się na płód za pośrednictwem zakażonego jajka, lub też obiegu krwi w łożysku, kiła zaś nabyta przez matkę w ciąży udziela się niekiedy płodowi przez łożysko.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) Wiener medic. Wochenschrift 1860. 12.
[2]) Étude de la syphilis infantile. Paris 1874. str. 35.
[3]) Memorabilien 1867. XII. 3.
[4]) Archiv für Dermat. und Syphilis. 1870. 1. str. 13.
[5]) l. c. str. 179.
[6]) l. c. str. 443—435.
[7]) Über die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters. Heidelberg 1880. str. 11—12.
[8]) Presse medic. belge 1880. XXXII. str. 97—100.
[9]) l. c. str. 39, 57, 246.
[10]) Lehrbuch der Syphilis. IV. Aufl. Stuttgart 1882. str. 638.
[11]) Syfilidologia. Kraków 1889. str. 332.
[12]) Wiener medizin. Presse 1879. 47.
[13]) l. c. str. 41.
[14]) Wiener medizin. Wochenschrift 1880. 4. 5.

---

[1]) Geschichte und Pathologie der Syphilis. Würzburg 1867. J. str. 296.
[2]) Vierteljahrschrift für Dermatol. und Syphilis. 1876. 2. str. 306.
[3]) Behrend's Syphilidologie 1839. I. str. 380.
[4]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. str. 298.

II. Z zakładów sądowo-lekarskiego i fizyologicznego w c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Doświadczenie I. Królik średniej wielkości, ważący 2 klgr. Czas trwania doświadczenia 21 godzin 20 minut. Dnia 1. Lutego wstrzyknięto podskórnie w okolicę tylnych kończyn o godzinie 12-tej w południe 2·5 cm. sz. 3% roczczynu karbolu. Królik zachowuje się prawidłowo, z początku tylko zastraszony. Po upływie 20 minut wstrzyknięto ponownie 2·5 cm. sz. tegoż samego rozczynu — brak objawów. W 40 minut później znowu 2·5 cm. sz. W 4 godziny od chwili pierwszej injekcyi wstrzyknięto 4 cm. sz. rozczynu, po 20 minutach znowu 4 cm. sz., w 45 minut potem 5 cm. sz. — żadnych objawów. W 14 godzin po ostatniej injekcyi królik wesoły, je koniczynę. Zastrzyknięto 4½ cm. sz. 5% rozczynu, w 15 minut potem 5 cm. sz. tego samego rozczynu. Wkrótce po tej injekcyi włókienkowe drgania mięśni i niepokój. W 10 minut potem przewraca się królik — mocne, ogólne drgawki kloniczne, czasem przechodzące w drgawki tężcowe. W 20 minut potem słabnie odruch rogówkowy, królik leży, oddech wolny, ciężki. W pół godziny potem królik oddaje nieco moczu, odruch rogówkowy zniesiony, oddech przerywany, śmierć. Razem zużyto 1·3 czystego karbolu.

Przy sekcyi prócz przekrwienia narządów wewnętrznych nie dostrzeżono żadnych zmian wybitnych. Krtań, tchawicę i oskrzela wyjęto ostrożnie, nie nacinając ich, następnie pocięto je na drobne kawałki, roztworzono małą ilością wody destylowanej, zakwaszono kwasem siarkowym roztworzonym i przedestylowano. Również przedestylowano po zakwaszeniu mocz, który był jasno zabarwiony, i krew z serca prawego, roztworzoną wodą destylowaną.

Destylat moczu barwił się za ogrzaniem z NH_3 i podchlorynem wapniowym wybitnie niebiesko, z odczynnikiem Millona krwisto czerwono. Destylat krwi nic nie wykazał z obydwoma odczynnikami. Destylat z tchawicy, oskrzeli i krtani barwił się wyraźnie różowo z odczynnikiem Millona; po zagrzaniu z NH_3 i podchlorynem wapniu wynik ujemny.

W doświadczeniu tem można było wykazać obecność karbolu w moczu, w mniejszej zaś ilości w destylacie z krtani, tchawicy i oskrzeli. W destylacie z krwi nie wykryto karbolu. Ilościowych rozbiorów nie zrobiono, jednak już same odczynniki, użyte do wykrycia karbolu, pozwalają sądzić w przybliżeniu o jego ilości. I tak odczyn karbolu z NH_3 i podchlorynem wapniowym jest jeszcze wyraźny w roztworzeniu karbolu 1 : 20,000 wody, z odczynnikiem Milona jest jeszcze wyraźny wedle Ludwiga [1]) w roztworzeniu 1 : 200,000, wedle Lewina [2]) w roztworzeniu 1 : 1,000,000 wody.

Gdy zatem płyn otrzymany przez destylacyę moczu dawał odczyn z NH_3 i podchlorynem wapniowym i odczynnikiem Millona, destylat z tchawicy zaś i t. d. tylko z ostatnim, przeto mocz zawierał karbolu o wiele więcej, niż tchawica. Obecności karbolu w tchawicy nie można tłómaczyć przypadkowem dostaniem się jego do dróg oddechowych, gdyż karbol wstrzykiwano pod skórę tylnych kończyn, tchawicę zaś i oskrzela wyjęto osobnemi i czystemi narzędziami.

Nasuwałaby się jeszcze uwaga, że odczyn karbolu w destylacie z tchawicy pochodzi z karbolu we krwi, w tchawicy i oskrzelach, jednak w takim razie musiałby wypaść ten sam odczyn z destylatem krwi dodatnio. Tymczasem destylat krwi nie dawał obu wymienionych odczynów. Mimo to jednak zawierała zapewne i krew w sobie karbol, lecz w ilości tak małej i w takiem roztworzeniu, że nie można było wykryć jej odczynnikiem Millona.

Mając na pamięci i tę wykazaną na pewne okoliczność, że karbol znajduje się w nader małych wprawdzie ilościach w prawidłowym ustroju ludzkim i zwierzęcym, zwłaszcza w zboczeniach przewodu pokarmowego, powiększających w nim gnicie [1]), zbadałem destylat z tchawicy i t. d. innego królika nie otrutego karbolem; badanie to jednak karbolu nie wykryło. Wreszcie nadmieniam, że królik użyty do doświadczenia nie okazywał w przewodzie pokarmowym żadnych zboczeń anatomicznie dających się wykazać.

Zatem wstępne to doświadczenie pouczyło, iż kwas karbolowy znajduje się u otrutych nim w moczu (w większej ilości), wreszcie w narządach oddechowych (w mniejszej ilości). Czy i we krwi znajduje się, tego nie rozstrzygnęło doświadczenie, jednak należy przypuścić jego tam obecność.

Obecność karbolu w narządach oddechowych można teoretycznie dwojako tłómaczyć a mianowicie: albo wydziela się kwas karbolowy ze krwi w płucach za wydechem lub też wydziela się on przez same narządy oddechowe, t. j. przez błonę śluzową dróg oddechowych, podobnie jak się wydziela rtęć przez błonę śluzową jelit.

Celem rozstrzygnięcia tych wątpliwości wykonałem szereg odpowiednich doświadczeń, z których dla krótkości przytoczę trzy według protokółów.

Doświadczenie II. Na króliku ważącym 1,800 grm., wykonałem tracheotomię; wolny koniec kaniuli połączyłem zapomocą stósownego drenu z rurką szklaną w kształcie litery Y; jedno ramię tej rurki było połączone zapomocą drenu z wentylem rtęciowym Müllera, dozwalającym królikowi wdechać tą tylko drogą, drugie zaś ramię łączyło się z próżną kolbką szklaną, szczelnie zamkniętą, połączoną znowu w dalszym ciągu przez dren z drugim wentylem rtęciowym Müllera, który dozwalał królikowi wydechać w tym tylko kierunku. Kolbka szklana, przez którą zatem przechodziło powietrze wydechowe, spoczywała w mięszaninie oziębiającej (lód z $CaCl_2$). Tutaj więc musiała się skraplać para wodna znajdująca się w powietrzu wydechowem, jak również i kwas karbolowy, jeżliby był w niem.

Po tem przygotowaniu wstrzykiwałem 5% rozczyn kwasu karbolowego królikowi pod skórę kończyn tylnych. Po 4 godzinach doświadczenia wystąpiły u królika naprzód drgania włókienkowe mięśni, potem drgawki ogólne krótko trwające, przechodzące z czasem w drgawki tężcowe. Po upływie 45 minut od pierwszych objawów zatrucia, ustały drgawki i niepokój, odruch rogówkowy stawał się coraz słabszym, oddech był niespokojny, chwilami nasilony, to znów bardzo słaby i powierzchowny (zmianę w oddechu zaznaczały doskonale przez szelest wentyle Müllera), poczem ustał oddech, choć serce jeszcze uderzało słabo, wreszcie nastąpiła śmierć zwierzęcia pod koniec piątej godziny doświadczenia. Ogółem zużył królik 1·7 karbolu czystego.

Sekcya natychmiast wykonana wykazała przekrwienie wewnętrznych narządów; miejsca, w które wstrzykiwano karbol, były jakby ugotowane, płuca bez wynaczynionek podopłucnowych, w ogóle bez zmian, nerki soczyste, nastrzyknięte, na przekroju miąższ ich wypukłał się; serce zawierało w obu komórkach krew ciemną, płynną, wielkie naczynia wypełnione również płynną i ciemną krwią. Pęcherz mocno rozdęty moczem jasnym, nieco mętnym, zresztą bez zmian. Ostrożnie wydobytą krtań i tchawicę z płucami, po jaknajdokładniejszem wyciśnieniu i spłukaniu krwi (tchawica była podwiązana) pocięto na drobne kawałki i poddano, podobnie jak w pierwszem doświadczeniu, destylacyi. Tak samo przedestylowano mocz wraz z pęcherzem na kawałki pociętym, tudzież krew z serca i z dwóch głównych naczyń.

[1]) Medicinische Chemie. Wien u. Leipzig. 1885.
[2]) Lehrb. d. Toxikologie. 1885. Pag. 221.

[1]) Lehrb. d. Intoxicationen von Kobert. 1893.

Kawałki z nerek przechowano podobnie jak w pierwszem i w następnych doświadczeniach do zbadania mikroskopowego.

Rezultat rozbioru chemicznego był następujący: w skroplonej parze wodnej, mieszczącej się w kolbce oziębionej, nie daje się wykryć karbol ani NH_3 i podchlorynem wapniowym, ani odczynnikiem Millona; destylat z krwi daje wyraźny, ale słaby odczyn z odczynnikiem Millona; destylat tchawicy i płuc barwi się wybitnie różowo (o wiele mocniej, niż destylat krwi) z odczynnikiem Millona, z NH_3 i podchlorynem wapniowym występuje zasinienie rozczynu zaledwie dostrzedz się dające. Destylat moczu barwi się żywo czerwono z odczynnikiem Millona, z NH_3 i podchlorynem wapniowym jasno błękitnie.

Z powyższego doświadczenia wypada, że kwas karbolowy wydziela się z ustroju w głównej części moczem, że we krwi znajduje się on również, że w powietrzu wydechowem go niema, że wydziela się w drogach oddechowych, w mniejszej jednak ilości, niż moczem.

D o ś w i a d c z e n i e III. Duży kot otrzymał w przeciągu 3 godzin 1·70 czystego karbolu w postaci wstrzykiwań podskórnych 5% rozczynu w okolicę łap tylnych. Po $2^1/_2$ godzinach wystąpiły mocne drgawki, zrazu kloniczne, potem tężcowe przemijające. Przy sekcyi znaleziono: żywe nastrzyknięcie błony śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli, którą powlekał ciągnący się, gęsty śluz, zwłaszcza w miejscach rozdziału tchawicy na główne oskrzela. Płuca w częściach tylnych przekrwione, wszędzie powietrzne. Narządy gruczołowe przekrwione. Serce próżne, mięsień sercowy blady. Pęcherz próżny (kot oddał mocz na samym początku doświadczenia).

Badanie chemiczne skroplonej pary wydechowej karbolu nie wykazało. Destylat z płuc, tchawicy i t. d. różowieje wyraźnie po zagrzaniu z odczynnikiem Millona. Destylat z krwi wziętej z głównych naczyń daje słabe (słabsze niż destylat z płuc i t. d.), ale jeszcze wyraźne zaróżowienie z odczynnikiem Millona.

D o ś w i a d c z e n i e IV. Duży kot. Przygotowanie do doświadczenia, jak w dwóch poprzednich. W ciągu 6 godzin wstrzyknięto pod skórę tylnych łap ogółem 1·5 czystego karbolu (wstrzykiwano, jak poprzednio rozczyn 5%). W 3 godziny po pierwszej injekcyi wystąpiło drżenie włókienkowe, w połowie 4-tej godziny mocne drgawki, które powtarzały się dość często i były kloniczne; w drugiej połowie 5-tej godziny drgawki były słabsze. Odtąd oddech przerywał się coraz bardziej, odruch rogówkowy słabnał coraz bardziej, wreszcie pod koniec 6-tej godziny ustało oddychanie i akcya serca.

Sekcya zaraz wykonana wykazała: nastrzyknięcie błony śluzowej dróg oddechowych, gęsty w nich śluz, w części tylnej dolnego płatu płuca lewego ognisko wielkości orzecha laskowego, bezpowietrzne, zbite, dość kruche, na przekroju dobywa się za uciskiem z przeciętego oskrzelka czop gęstego śluzu. Zresztą dobywają się na przekroju reszty płuc z przeciętych oskrzeli tu i owdzie czopki szklistego śluzu. Inne narządy wewnętrzne okazują przekrwienie.

Badanie chemiczne nie wykazało w skroplonej parze wydechowej karbolu, natomiast bardzo wyraźnie w destylacie moczu. W destylacie z płuc i t. d. próba z odczynnikiem Millona wypadła wyraźnie, nie tak wyraźnie zaś w destylacie krwi.

Jakkolwiek we wszystkich owych doświadczeniach, wyjąwszy pierwsze, zdołałem wykryć kwas karbolowy w destylacie z krwi, to jednak w żadnym nie zdradzała jego obecności we krwi woń właściwa. Zwracam zaś na tę okoliczność dlatego uwagę, ponieważ E. Sawicki [1]), opisując przypadek otrucia się kwasem karbolowym człowieka cierpiącego na zadumę, podaje, iż upuszczona za życia „krew cuchnęła mocno kwasem karbolowym“.

Badanie mikroskopowe ogniska bezpowietrznego, znalezionego w płucu lewem kota użytego w czwartem doświadczeniu wykazało świeżą sprawę zapalną w pęcherzykach płucnych, około drobnych oskrzeli i naczyń; pęcherzyki płucne wypełniały po części ciałka wypocinowe, po części zaś komórki przybłonkowe złuszczone, około zaś naczyń i oskrzeli widać było naciek drobnokomórkowy.

Badanie nerek zwierząt użytych do doświadczeń wykazało tu i owdzie obumarcie przybłonków obok zwyrodnienia miąższowego. Zmiany te są zresztą zupełnie zrozumiałe, odkąd je zdołali wywołać sztucznie Browicz, Kohn, Lassar, Litten [1]) przez zatruwanie zwierząt przetworami drażniącemi jak kantarydyną, aloiną, solami chromowemi i t. d. W ostatnich zaś czasach przekonał się Vilkinson [2]) doświadczalnie, że tak fenol, jak i antypiryna, wywołują obok innych zmian także miąższowe zapalenie nerek.

Zatem doświadczenia moje doprowadzają do następujących wniosków:

1) Karbol wchłonięty do ustroju znajduje się we krwi i wydziela się z niej głównie przez nerki, wywołując w nich bądź to zmiany nekrobiotyczne, bądź to obumarcie przybłonków, jak to już dawniej wykazali różni autorowie.

2) Karbol wydziela się także i w narządzie oddechowym. Ponieważ w skroplonej parze wydechowej zwierząt do doświadczeń użytych nie można go wykryć, we krwi wykazuje się jego obecność słabym tylko odczynem, w destylacie zaś z krtani, tchawicy i płuc otrzymuje się odczyn bardzo wyraźny, przeto, opierając się prócz tego na zmianach spostrzeżonych przez wielu autorów w drogach oddechowych i płucach ludzi zmarłych z otrucia fenolem i na własnych dwóch przypadkach, jak również doświadczeniach powyższych, okazuje się, iż karbol wtórorzędnie i zdala od miejsca aplikacyi narusza drogi oddechowe, podobnie jak to robią przetwory rtęci w ścianach jelita, zwłaszcza grubego.

3) Przebieg otrucia karbolem u człowieka a u zwierząt ciepłokrwistych różni się tem, iż u tych przeważa okres drgawek, t. j. niejako okres podniecenia, gdy u ludzi okresu tego najczęściej nie ma, bo go zastępują od samego początku śpiączka i porażenia.

Kończąc powyższe zdanie sprawy ze swych doświadczeń uważam za miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie prof. Halbanowi za łaskawe zezwolenie ogłoszenia dwóch przypadków otrucia karbolem, prof. Cybulskiemu za łaskawe użyczenie mi gościny w swym zakładzie do podjęcia doświadczeń na zwierzętach i za życzliwe rady i wskazówki, wreszcie koledze Szymonowiczowi za pomoc w przygotowaniu preparatów mikroskopowych.

Już po ukończeniu powyższej pracy doszedł do mej wiadomości przypadek otrucia za pomocą karbolineum, opisany przez Flattena [3]). Mężczyzna otruty tym przetworem, zmarł po 10 godzinach wśród śpiączki. Przy sekcyi okazało się, iż obok nieżytu ostrego dróg oddechowych było świeże, nieżytowe zapalenie górnej części dolnego płatu prawego płuca. Gdy tak krtań, jak i tchawica nie okazywały śladów nadżarcia, przeto zupełnie słusznie odnosi autor przyczynę zmian w narządzie oddechowym, powstałych w ciągu ostatnich 10 godzin życia do działania wydzielającego się w narządzie oddechowym karbolu, jak to Langerhans przypuszczał a ja wykazałem doświadczalnie.

---

[1]) Uleczenie człowieka otrutego kwasem karbolowym. Opisał Dr. Edward Sawicki. Przegląd lek. 1874. Nr. 1, str. 4.

[1]) Cohnheima odczyty z patologii ogólnej. Warszawa 1884. T. III. str. 141.

[2]) Ueb. Veränderungen, welche durch toxische Dosen von Carbolsäure i t. d. Virchow-Hirsch Jahresb. 1892. I.

[3]) Vergiftung durch Carbolineum. Vierteljschr. f. ger. Med 1894. III. F. VII. B. 2, H.

III. Z oddziału chirurg. prym. Dra Ziembickiego we Lwowie.

Macica jednorożna z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski,

b. asystent i operator kliniki prof. Chrobaka w Wiedniu, lekarz chorób kobiecych i akuszer we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

A. Martin *(Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten.* 1887. str. 52.) opisuje przypadek podobny do powyż opisanego, tylko że w przypadku Martina nie przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki i że szyjka macicy lewej przechodziła w bardzo słabo rozwinięty róg macicy, który łączył się ściśle z guzem wymacać się dającym po prawej stronie. W przypadku tym naciął Martin szeroko od strony pochwy, co jeszcze kilka razy musiał zrobić a wreszcie ścianę pomiędzy obiema pochwami wyciął i rozciął przegrodę między oboma rogami macicy. Mimo tego treść krwisteku w zaułkach rogu prawego macicy zatrzymując się, sprawiała szybki jej rozkład. Wspomniana pacyentka Martina w 5 lat później rodziła i teraz ma być zupełnie zdrową. W przypadku tym część wytworzonej pochwy po stronie prawej dozwoliła na większe nagromadzenie się treści w dolnym odcinku tak, że zanim jeszcze przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki, już dolegliwości były tak wielkie, że chora zmuszoną była zasięgnąć pomocy lekarskiej. Gdyby zaś było przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki, zdaje mi się, że byłby Martin również wyciął trąbkę i jajnik.

Również i E. Fraenkel *(Breslauer ärztliche Zeitschrift.* 1887. IX. 74.) wykonał w podobnym przypadku kilkakrotnie punkcyę, poczem rozszerzył otwór przez krzyżowe cięcia i w ten sposób sprowadził wyleczenie. Większość jednak autorów zgadza się, że wytrzebienie (wycięcie jajnika i trąbki) po stronie chorej, jest postępowaniem odpowiedniejszem.

Warneck *(Zeitschrift für Geb. und Gynäkol. Stuttgart.* 1889. XVII. s. 299.) w przypadku, w którym pochwa kończyła się ślepo a nad nią znajdywała się macica z jednym jajnikiem, gdzie więc lewy przewód Müllera zupełnie się nie rozwinął, wykonał wytrzebienie z powodu wielkich bólów, występujących w czasie przypadania regularności, pomimo że w przypadku tym nie było możliwości zastąpienia.

W przypadku Frommla *(Münchener med. Wochenschrift.* 1890. str. 37.) również wytrzebiono przy zupełnym braku pochwy, dla silnych bólów. W przypadku tym rozpoznano macicę jednorożną wraz ze szczątkiem rogu drugiego.

Że wytrzebienie w takich przypadkach jest postępowaniem racyonalnem, potwierdza dalej Himmelfarb, *(Münchener med. Wochenschrift.* 1888. str. 283 i 303.) opisując przypadek ciąży w rogu macicy niewykształconym, obok istnienia drugiej macicy, przypadek skutkiem pęknięcia macicy z następowym krwotokiem wewnętrznym zakończony śmiertelnie.

Tutaj należy również wspomnieć o przypadku Treuba (referat Dormana w *Centralblatt f. Gynäkol.* 1893. Nr. 11. str. 247.), w którym przy operacyi podjętej w celu usunięcia wrzekomego nowotworu jajnika, przekonano się o ciąży w nierozwiniętym rogu macicy a z wywiadów pokazało się, że płód wydobyty, dość dobrze rozwinięty obumarł już od 3 miesięcy a pomimo tego zgnilizna płodu nie wystąpiła.

Mangiagalli *(Centralblatt f. Gynäkol.* 1893. Nr. 16.), opisuje przypadek ciąży w niedokształconym rogu macicy uleczony przez laparotomię; tenże sam autor podaje przypadek usunięcia rogu prawego macicy, wypełnionego krwią miesiączkową za pomocą laparotomii. Wreszcie ogłosił Mangiagalli *(Annali di ost. et Ginekol.* 1892. Nr. 5.) przypadek, w którym przy operacyi znaleziono w niedokształconym rogu macicy wielki włókniak.

Fuld *(Archiv f. Gynäk.* 1889. XXXIV. *Salpingotomie wegen Haematosalpingx bei Gynatresie)*, wyciął również następowo trąbkę, po nacięciu przedtem od strony pochwy, które okazało się nie wystarczającem.

W przypadku opisanym przez Trzebickiego *(Centralblatt f. Gynäk.* 1887.) rozpoznano sprawę podczas operacyi. W przypadku tym krwisteku macicy po stronie prawej, wykonano laparotomią, zeszyto macicę z powłokami brzusznemi a następnie utworzono przetokę od strony pochwy. Po 7-miu tygodniach wyleczenie, zeszycie rany w powłokach brzusznych.

Leopold dalej *(Archiv f. Gynäkolog.* 1889. XXXIV.) ogłosił przypadek macicy jednorożnej z rogiem szczątkowym strony drugiej, w którym wykonał wytrzebienie zapobiegawczo.

Kehrer zaś w rozprawie: *Über Gynatresien und deren Behandlung (Frauenarzt.* 1892.) zaleca wyraźnie w przypadkach krwisteku trąbki wyciąć trąbkę i usunąć jajnik, przestrzegając przed zwykle wykonywanem cięciem przegrody, poza którą krew miesiączkowa się nagromadza a to z przyczyny niebezpieczeństwa pęknięcia rozszerzonej trąbki po odpływie treści.

Jak widzimy z powyżej przytoczonych przykładów, wielu autorów radzi obecnie w przypadkach krwisteku macicy i trąbki wyciąć trąbkę z jajnikiem a nie, jak dotychczas, ograniczać się do odpowiedniego nacięcia od strony pochwy, uważając powyższe postępowanie za odpowiedniejsze i pewniejsze.

Wracając do swego przypadku, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na ważną mojem zdaniem okoliczność. Mianowicie chora nasza wyraźnie opowiada, że miała sześć razy z rzędu regularność i dopiero po zatrzymaniu się regularności wystąpiły u niej bóle w krzyżach i podbrzuszu. Otóż mimowoli nasuwa się myśl, że peryod, to jest odrywanie się jajek i miesiączkowanie mogło w naszym przypadku przez cały szereg miesięcy (sześć) odbywać się po jednej stronie (lewej), poczem dopiero druga strona (prawa) zaczęła funkcyonować a pierwsza pozostała nieczynną. Przy wyrazie regularność musimy mieć dwie różne sprawy na oku a mianowicie dojrzewanie jajek w pęcherzykach Graafa i stan przekrwienia błon śluzowych części rodnych z macicą i jajowodami. W jakim stosunku obie te sprawy zostają do siebie, czy twierdzenie Pflügera czy też Leopolda jest słusznem, jest rzeczą dotąd nie rozstrzygniętą; w każdym razie sądząc na podstawie naszego przypadku, należy przypuścić, że jeden jajowód może przez kilka miesięcy funkcyonować, gdy druga strona spoczywa. Przypuszczenie to opieram na okoliczności, że dopóki krew miesiączkowa odpływała na zewnątrz, chora nasza nie doznawała żadnych dolegliwości i dopiero z chwilą, gdy odchody nie pokazały się w czasie przypadania regu-

larności, chora uczuła bóle w podbrzuszu. Jeżeli wraz z Leopoldem przyjmiemy, że niezawiśle od jajkowania mogą występować przekrwienia części rodnych, czyli że od nich jajkowanie nie zależy, to możemy utrzymywać, że w naszym przypadku przez sześć miesięcy była czynna lewa strona (połowa), gdy prawa spoczywała, i że z wystąpieniem czynności strony prawej, strona lewa funkcyonować przestała. Ta zaś okoliczność, że z trąbki prawej odpływ był nie możebny, sprawiła, że rozpoczęcie się funkcyi strony prawej doszło zaraz do świadomości chorej w postaci bólów co miesiąc się powtarzających.

Jeżelibyśmy więc przyjęli, że jajkowanie nie odbywa się w ten sposób, żeby raz jeden, to znów drugi jajnik był czynnym, to zdaje mi się, że twierdzenie takie co do stanów przekrwienia jajników jest możliwe; za regułę wprawdzie tego uważać nie należy, ale tylko za rzecz możliwą. Odpowiadałoby to zapatrywaniom Lawson-Taita *(Traite clinique des maladies des femmes* par le Dr. Lawson-Trait traduit par Betrix. Paris 1891. s. 381.), który powiada, że jest przekonanym, iż jajkowanie nie ma nic wspólnego z przekrwieniem części płciowych czyli menstruacyą i że przypuszcza, że trąbki same dla siebie są przyczyną (punktem wyjścia) krwawienia, *le point de depart de l'ecoulement menstruel.*

Tyle z mego przypadku, mającego znaczenie praktyczne, dałoby się zużytkować dla nauki o regularności.

W końcu spełniam miły obowiązek złożenia Drowi Ziembickiemu, prymaryuszowi lwowskiego szpitala, serdecznego podziękowania za danie mi sposobności operowania chorej w oddziale chirurgicznym.

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Giese: **Wyniki pomiarów ciepłoty w worku spojówkowym człowieka.**

Pewne próby oznaczenia ciepłoty spojówki, oraz z osobna części składowych gałki ocznej robił Michel. Pracowali nad tem także Gradeni, Eulenburg, Gałęzowski i inni a w ostatnich czasach Silex usiłował oznaczyć ciepłotę z osobna części gałki ocznej oraz spojówki i to nietylko oka zdrowego, ale także dotkniętego jakąś sprawą zapalną. Posługiwał on się w tym celu termoelementami, które zrobione były z miedzi i żelaza. Z szeregu licznych pomiarów doszedł do wyników następujących: W ogólności oko okazywało ciepłotę niższą, niż w tej samej chwili wskazywał termometr w odbytnicy (u zwierząt) lub w ustach (u człowieka). Najwyższą temperaturę okazywała tęczówka, najniższą rogówka. W cierpieniach rogówki, spojówki i tęczówki ciepłota była wyższą, niż w oku prawidłowem i to średnio o 0·98°, (najwyższą temperaturę znalazł w *iritis*). Giese badał ciepłotę spojówki również za pomocą termoelementów. I on doszedł do podobnych wyników, tylko podług Giesego spojówka okazywała ciepłotę prawidłową 35·72°, to znaczy o 1·46° niższą niż prawidłowa ciepłota ust. Badając ciepłotę w sprawach zapalnych, znalazł także i Giese temperaturę wyższą a różnica między ciepłotą oka zdrowego wynosiła więcej niż 1°, (Silex podaje tylko 0·98°). Przytem zauważył G., że najwyższe liczby otrzymywał w cierpieniach przebiegających z większem zajęciem spojówki. Jednakże i tutaj największe wzniesienie ciepłoty nie dorównywało ciepłocie ust. Tak Silex jak i Giese badali ciepłotę oka, o ile ona się zmienia pod wpływem ciepłych i zimnych okładów, i doszli do zupełnie przeciwnych wyników. Silex doszedł do rezultatu, że ciepłe okłady obniżają a zimne zwiększają (!) ciepłotę oka, gdyż zimne okłady wywołując zwężenie naczyń skórnych wywołują tem samem nawał krwi do spojówki, prócz tego zwiększają produkcyę ciepła w spojówce. Ciepłe okłady działają przeciwnie. Tymczasem Giese jest zdania, że zimne okłady obniżają a ciepłe podwyższają ciepłotę spojówki. Zimne okłady bowiem działają nietylko odruchowo na naczynia skóry, ale działają wprost przez skórę na spojówkę, zwłaszcza, że skóra na powiece, oraz sama powieka, nawet obrzmiała, nie jest tak gruba, aby zupełnie nie przewodziła ciepła. I właśnie Giese jest tego zdania, że trzeba brać w rachubę także i przewodnictwo tkanek i tą własnością tkanek tłómaczyć obniżenie ciepłoty przy dłuższem stósowaniu okładów. Zimno stósowane przez czas krótki może wywołać podwyższenie temperatury, jednakże stósowane czas dłuższy obniża ciepłotę niechybnie, o czem się G. w swych doświadczeniach wielokrotnie przekonał; to też przytaczając kilkadziesiąt swych doświadczeń tak co do okładów ciepłych, jak i zimnych, stósowanych na oczy chore i zdrowe, twierdzi, że używanie okładów jest zupełnie uzasadnione; dodaje jeszcze i to, że lepiej jest stósować kompresy na oko, niż worki z lodem, gdyż kompres lepiej przylega do skóry powiekowej a prócz tego okazuje lepsze przewodnictwo. (*Archiv f. Augenheilk.* Tom 28. Zesz. 3). *Dr. Brudzewski.*

Fizyologia.

Robustello: **O czynności szpiku kostnego.**

Autor zdawał sprawę w sekcyi patologicznej ostatniego Zjazdu międzynarodowego w Rzymie z doświadczeń, które wykonał w celu zbadania, jak się zachowuje szpik kostny pod wpływem zwiększenia się ilości krwi w ustroju *(plethora globularis)*. Wiadomo było z dotychczasowych spostrzeżeń, że czynność szpiku wytwarzania ciałek czerwonych po kilku upustach krwi zwiększa się.

Doświadczenia wykonywał R. na świnkach morskich i psach. U młodych zwierząt prawidłowych szpik kostny ma mnóstwo ciałek czerwonych, jądrzastych, których jądra w znacznej części znajdują się w różnych okresach karyokinezy. Nadto znajdują się w szpiku kostnym komórki zawierające ciałka czerwone lub barwik. Jeżeli zwierzęciu robi się injekcye krwi z takiego samego zwierzęcia i po kilku dniach bada jego szpik kostny, wtedy przekonać się można, że liczba ciałek jądrzastych staje się znacznie mniejszą, niż w stanie prawidłowym a figury karyokinetyczne niezmiernie rzadkie. Często widzimy wtedy, że ciałka czerwone mają brzegi zawinięte lub kolczaste; znajdujemy o wiele więcej komórek zawierających ciałka krwi i barwik, niż w stanie prawidłowym. Doświadczenia te wykazują, że wprowadzenie większej ilości krwi do ustroju zmniejsza produkcyę ciałek czerwonych w szpiku kostnym. (*Centralblat für allg. Pathologie und patholog. Anatomie.* 5. Maja 1894. Nr. 9).

Beck.

Choroby zakaźne.

Lucatello: **Przyczynek do patogenezy zmian krtaniowych w durze brzusznym.**

Do zmian, które dur wywołać może w krtani, należą nieżyt, nadżerki, nacieki, wrzody, naloty błonicze, zapalenie ochrzęstny i porażenie. Autor starając się odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany te są wywołane przez prątek Ebertha, poddał badaniu bakteryologicznemu i histologicznemu przypadek duru brzusznego, obserwowany w klinice genueńskiej. Rozpoznanie kliniczne potwierdzono przez znalezienie hodowli właściwych na płytkach żelatynowych, zrobionych ze śledziony, jakoteż nekroskopią, która wykazała charakterystyczne zmiany w jelitach i gruczołach zaotrzewnowych, oprócz tego zapalenie dławcowe w górnym płacie prawego płuca i nieżyt krtani. Autorowi udało się znaleźć prątek Eberthowski w śluznie tego chorego, jakoteż w zmienionej zapalnie błonie śluzowej krtani. Sądzi więc, że zmiany w krtani w durze pier-

wotnie wywołuje prątek durowy, dopiero zaś w zniszczonej błonie śluzowej osiedlają się inne drobnoustroje, wywołując ropnie pomiędzy ochrzęstną a chrząstką. (*Berliner klinische Wochenschrift*. Nr. 16. 1894). *Dr. Marischler.*

Bakteryologia.

E. Grawitz i W. Steffen: **O znaczeniu plwociny ludzkiej dla biologii niektórych bakteryj.**

W roku 1893. podał Adolf Schmid, że plwociny ludzkiej można używać za pożywkę do hodowania bakteryj. Używał on przeważnie rdzawej plwociny w zapaleniu płuc, jakoteż czystej śluzowej. Po usunięciu piany powietrznej poddawał je podobnie jak surowicę, częściowej sterylizacyi w 60° C., następnie w 65° C. doprowadzał do skrzepnienia. Przygotowanie śluzowych pożywek było nieco odmienne, gdyż z powodu obecności mucyny rozpływały się za ogrzaniem ponad 55° C. Schmid wykrył, że *diplococcus pneumoniae* Fränkla na tychże pożywkach rośnie makroskopowo zupełnie jak na agarze, mikroskopowo jednak koki przedstawiają się o pełniejszych nieco kształtach i mają wyraźną otoczkę, której im zawsze brak na innych pożywkach. Autorowie badali te pożywki pod względem rozwoju bakteryj i znaleźli, że gronkowce, paciorkowiec ropotwórczy, jakoteż prątek błonicy rozwijają się dobrze, przyczem prątek błonicy rozpuszcza pożywkę po kilku dniach. Ziarniki zapalenia płuc Fränkla po przeszczepieniu nawet z hodowli agarowej otrzymywały otoczki, jeżeli do przeszczepienia użyto pożywki plwocin rdzawych w zapaleniu płuc, gdy hodowane na plwocinie śluzowej miały wtedy tylko otoczki, jeżeli zaszczepiono je już z otoczkami. Okres życia koków Fränkla, rosnących na tych pożywkach znacznie jest dłuższy a nawet koki, które na agarze już nie rosły, przeniesione na plwociny, rozwijały się obficie. Co do jadowitości, to starali się autorowie dowiedzieć, dlaczego raz znajdują się koki Fränkla w ślinie zdrowego człowieka, drugi raz w zapaleniu płuc, opłucnej, opon mózgowych i t. d. Już Sanarelli wykazał, że pneumokoki na pożywkach z plwocin śluzowych szybko się rozwijają, lecz tracą bardzo rychło jadowitość. Grawitz i Steffen wykryli, że to zmniejszanie się jadowitości postępuje stale z dnia na dzień tak, że jednodniowe hodowle zabijały białe myszy po 24 godzinach, dwudniowe dopiero po 2—3 dniach, 5—6 dniowe były już bardzo mało jadowite, jeszcze starsze całkiem niejadowite. Przekonali się dalej, że takie hodowle osłabione są bardzo dobremi szczepionkami ochronnemi dla zwierząt; zwierzęta, którym wstrzykiwano stopniowo coraz mniej osłabione hodowle, stawały się odpornemi na hodowle najjadowitsze.

Pneumokoki z tak osłabionych hodowli, przeniesione na pożywkę z plwocin rdzawych w zapaleniu płuc, odzyskiwały napowrót jadowitość. To zachowanie się jadowitości zostaje w zupełnem przeciwieństwie do zachowania się jadowitości na pożywce agarowej.

Gdy pneumokoki na agarze stopniowo tracą jadowitość i powoli tracą zdolność dalszego rozwoju, wykryli ci autorowie, że takie koki przeszczepione na plwociny rdzawe odzyskiwały i zdolność do rozwoju i jadowitość do tego stopnia, że zabijały myszy w przeciągu 24—36 godzin. W końcu zastrzegają się autorowie co do wysnuwania dalszych wniosków z tych doświadczeń dla patologii ludzkiej. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 18. 1894). *Dr. Marischler.*

Zapiski terapeutyczne.

— P. Ziegler: W sprawie narkozy eterem (z monachijskiej kliniki chirurgicznej). Eter użyty po raz pierwszy w roku 1846. do narkozy przy operacyi chirurgicznej, ustąpił niebawem miejsca wprowadzonemu o rok później do chirurgii chloroformowi, który wkrótce w ogólne wszędzie wszedł użycie, gdy przy eterze pozostano w Ameryce, w niektórych szpitalach angielskich i w Lugdunie. Statystyka narkoz publikowana naprzód w Anglii a następnie w Niemczech z inicyatywy niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego, przekonała wszakże, iż eter w narkozie jest bezpieczniejszym od chloroformu (porówn. *Przegląd lekarski* z r. 1893. Nr. 51.) i skłoniła prof. Angerera w Monachium do wprowadzenia od 1. Maja 1893. eteru do tamtejszej kliniki chirurgicznej, gdzie za pomocą niego dotychczas dokonano 600 narkoz, z których autor zdaje właśnie sprawę.

Z początku używano do narkozy eteru maski Braatza, która jednak nie okazała się praktyczną; dlatego zmieniono ją na maskę Julliarda, zmodyfikowaną przez Dumonta. Maska ta składa się z dwóch koszyczków drucianych wchodzących jeden w drugi i pokrywa całą twarz. Między koszyczki przychodzi gaza, na zewnątrz materya nieprzemakalna a na wewnątrz w środek wydrążenia rozeta z flaneli, szpilkami przytwierdzona. Tak flanelę jak i gazę można w razie zanieczyszczenia usunąć i wymienić na nowe. Na nie nalewa się eteru, który musi być zupełnie czysty, t. j. nie zawierać ani wody, ani alkoholu, ani kwasu octowego a nadewszystko kwasu siarkowego, ani aldehidu, które mocno drażnią drogi oddechowe. W klinice monachijskiej kupny *aether sulfuricus purissimus* trzymają przez 3 dni nad sodem (*natrium*) i destylują, przez co otrzymuje się eter całkiem czysty, o ciężarze właściwym 0.720 w 15°, oddziaływający obojętnie.

Wprost przeciwnie, jak chloroform, daje się w celu narkozy naraz dużo eteru, zwykle 50 cm. sz., które wlewa się w maskę i tę przybliża naprzód do twarzy pacyenta, by go przyzwyczaić do woni eteru a następnie przykłada szczelnie w celu odcięcia dostępu powietrza. Ponieważ maska, o której mowa, zakrywa całą twarz, przeto trzeba jej za każdym razem nieco uchylać, by przekonać się o odruchu rogówkowym. Po dwóch minutach wlewa się znowu 50 cm. sz. eteru i czeka teraz na zupełne uśpienie. W wielu przypadkach te dwie dawki po 50 cm. sz. wystarczają; przy operacyach dłuższych, dolewa się jeszcze eteru, jeżeli zaczyna się pokazywać reakcya a dolewa prędko, by maski na długo z twarzy nie odejmować i nie obudzić tym sposobem operowanego. W ogólności maska jest ciągle na twarzy, dopóki tylko potrzeba narkozy i o ile jest oddech regularny, na co przedewszystkiem potrzeba ciągle uważać, gdy ciągła kontrola tętna nie tak bardzo jest potrzebna. Podczas operacyj bardzo długich można na jakiś czas odejmować maskę od twarzy.

Do znieczulania eterem są dwie metody: odurzająca i zmartwiająca; w razie użycia pierwszej, zbliża się maskę powoli do twarzy i używa naraz mniejszej ilości eteru; w razie użycia drugiej przeciwnie przykłada się od razu szczelnie maskę do twarzy, napojoną znaczniejszą ilością eteru i jeszcze dla wstrzymania dostępu powietrza obwija suknem jej brzeg. W klinice monachijskiej używają zazwyczaj metody pośredniej. W ostatnich 50 narkozach w klinice monachijskiej trwających średnio po 41 minut, używano również średnio za każdym razem około 140 gramów czyli 200 cm. sz. eteru. Komu zależy bardzo na szczędzeniu eteru, może z korzyścią używać maski Wanschera.

Przygotowania do narkozy eterowej są też same, co i dla narkozy chloroformowej: klatka piersiowa i brzuch muszą być swobodne, w jamie ustnej nic obcego (sztuczne zęby wyjąć!), ułożenie poziome o ile możności, żołądek czczy. Przed narkozą, osobliwie u alkoholików, dobrze jest dać nieco alkoholu w jakiejbądź postaci. Pary eteru w znaczniejszym bez porównania stopniu, niż chloroform, sprawiają niemiłe uczucie utrudnienia oddychania; podczas narkozy zaczerwienia się a nawet sinieje twarz, tętno staje się zimniejszem i pełniejszem, ciśnienie krwi w naczyniach podnosi się. Zdaje się, iż pijacy trudniejsi są do znieczulenia eterem, niż chloroformem i gdy zwykle 2 minuty wystarczają do zupełnego znieczulenia, u pijaków trzeba czekać na nie nieraz i do 15 minut. Dobrze też u nich przed narkozą wstrzyknąć podskórnie centygram morfiny.

W miarę ustępywania podniecenia zmniejsza się liczba tętna, oddech staje się głębszym i powolniejszym, zmniejsza

się sinica twarzy, występuje pot na czoło a mięśnie wolnieją powoli w kierunku od obwodu ku środkowi, tak iż żwacze są między nimi ostatnimi; w końcu ginie czucie i znikają odruchy. Oddech w miarę trwania narkozy staje się charczącym z przyczyny powiększania się wydzielania śliny i śluzu w jamie ustnej i tchawicy i obniża się temperatura ciała na obwodzie i to więcej, niż za użyciem chloroformu. Po skończeniu narkozy chorzy budzą się zaraz po odjęciu maski, przyczem można przekonać się, że nieraz analgezya trwa dłużej niż narkoza. Obudzenie się jest nagłe i wesołe; natomiast wymioty, przeciw którym zaleca się wstrzyknienie połowy strzykawki Pravazowskiej 3% rozczynu kokainy, są o wiele częstsze niż za użyciem chloroformu. Po wymiotach tych jednak chorzy czują się zupełnie swobodnymi i żądają zaraz posiłku.

Co do powikłań narkozy eterowej, to wystrzegać się należy eteru u dzieci w okresie zębienia, u osób wiekowych z przewlekłym nieżytem dróg oddechowych, ponieważ, jakeśmy już nadmienili, eter drażni błonę śluzową dróg oddechowych i pobudza ją do obfitej wydzieliny śluzu, co dać może nawet powód do zapalenia płuc nieżytowego.

Pod względem niebezpieczeństwa ze strony oddychania i krążenia, to wiadomo, iż chloroform sprawia niekiedy śmierć zaraz po kilku jego wetchnieniach przez odruchowe zatrzymanie czynności serca, co przy użyciu eteru zdarza się bardzo rzadko; śmierć z zadziałania na rdzeń przedłużony zdaje się, iż skutkiem eteru nigdy nie następuje a śmierć z zatrucia ośrodków krążenia i oddychania nie następuje nagle, lecz powoli w ten sposób, iż oddech staje się trudniejszym, powierzchownym, rozszerzają się źrenice a krew w polu operacyjnem ciemnieje tak, iż jest czas ratować chorego przez wzniecenie sztucznego oddychania. Ponieważ czynność serca za użyciem eteru ustaje później, niż przerwa w oddychaniu, przeto, jeżeli lekarz sam operuje, nie ma potrzeby badania ciągle tętna, lecz tylko zwracać trzeba uwagę na oddychanie. Na 600 narkoz w klinice monachijskiej widziano tylko raz przerwę (*syncope*) w oddychaniu u chorego ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego.

Co się tyczy drobniejszych przypadków podczas znieczulenia eterem, wymienić należy małe przerwy w oddychaniu, ustępujące po lekkiem zadraźnieniu skóry n. p. przez uderzenie ręcznikiem, wymioty, kurcze mięśniowe w postaci drżenia, osobliwie u pijaków. Zarzut niebezpieczeństwa od ognia mdleje, jeżeli się zważy, iż zapalenie się par eteru następuje przy zbliżeniu płomienia lub termokauteru z góry w odległości jednego centymetra, z boku w odległości 3 a od dołu w odległości 8 centymetrów, co pochodzi z ciężkości par eteru.

Biorąc pod uwagę wszystkie tu przywiedzione okoliczności, nie ma zdaniem autora wątpliwości, że eterowi należy się pierwszeństwo przed chloroformem, osobliwie w praktyce lekarza operującego bez asystencyi zawodowej, tembardziej, iż niebezpieczeństwo jest bez porównania mniejsze, niż przy użyciu chloroformu i że przy obecnych cenach (kilogram eteru kosztuje teraz w Niemczech markę, gdy w roku 1876. kosztował jeszcze 9 marek) narkoza eterem nie kosztuje więcej niż chloroformem. Przeciwwskazanym jest eter przy operacyach na twarzy i we wszelkich chorobach dróg oddechowych, wliczając do nich i uciśnienie tchawicy. W ten sposób mimo całego entuzyazmu dla eteru nie możemy się jednak zrzec zupełnie chloroformu. (*Münchener med. Wochenschrift.* 5. Czerwca 1894).

S f a c e l o t o k s y n a. W roku 1884. otrzymał prof. Kobert w Juryewie (Dorpacie) ze sporyszu obok kornutyny substancyę wywołującą tężec macicy i skurcz małych tętnic i nazwał ją kwasem sfacelinowym. Nowsze badania okazały, że nie jestto substancya chemicznie czysta, lecz mięszanina, z której Jacobi, asystent prof. Schmiedeberga w Sztrasburgu, wydzielił czyste połączenie chemiczne, tak zwaną sfacelotoksynę, ciało żółtawe, nierozpuszczające się w wodzie a rozpuszczalne w eterze, chloroformie, wyskoku i płynach alkalicznych.

Według doświadczeń terapeutycznych w klinice położniczej prof. Freunda w Sztrasburgu sfacelotoksyna działa tak samo, jak sporysz. Dawka wynosi od 4 do 10 centygramów i działa już po kilku minutach, dochodząc do największego skutku po mniej więcej pół godziny.

Najlepiej sfacelotoksyny używać w formie wstrzykiwań podskórnych rozczynu wyskokowo-glicerynowego.

— Idąc za Kassowitzem, zaleca Guinon w Paryżu na podstawie swych doświadczeń w krzywicy (*rhachitis*) fosfor albo w pierwotnym rozczynie Kassowitza: 1 centygram fosforu na 100 gramów tranu rybiego (po łyżeczce od kawy dziennie) albo gdyby go dzieci zażywać nie chciały, w formie:

70) Rp. *Phosphori* *centigrma unum*
Olei jecoris aselli *grm.* *100*
Saccharini „ *5*
Olei citri guttas *duas*
MDS. Po łyżeczce od kawy dziennie.

lub

71) Rp. *Phosphori* *centigrma unum*
Lipanini *grm.* *30*
Sacchari albi
Gummi arabici
aa *grm.* *15*
Aquae destil. „ *40*
MDS. Po łyżeczce od kawy dziennie.

Leczenie to prowadzić należy kilka miesięcy, nie zaniedbując innych środków terapeutycznych, jak pobytu na świeżem powietrzu i kąpieli słonych, osobliwie morskich.

— W ostrej niedokrewności zaleca Guttmann jako środek podniecający:

72) Rp. *Acidi benzoici*
Camphorae
aa *grma*
Alcoholi *grm.* *12*
MDS. Za każdym razem wstrzykiwać pod skórę po całej strzykawce Pravazowskiej.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Posiedzenie z dnia 4. Maja 1893 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 30.

1) Nadeszło: *a*) pismo z Komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak. z wezwaniem do udziału w popieraniu przetworów krajowych, poleconych przez Tow. lek. krak.; *b*) odbitki protokołów z posiedzeń tejże Komisyi za czas od 5. Grudnia 1886 r. do 5. Listopada 1893 roku.

Na wniosek kol. Wehra biuro Sekcyi ma załatwić tę sprawę.

2) Kol. Barącz przedstawia chorą z p r o m i e n i c ą t w a r z y, jakoteż preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

3) Kol. Bory przedstawia: *a)* chorą z wydzieleniem się samoistnem kości czołowej lewej i widocznem tętnieniem mózgu (*necrosis luetica*); *b)* chorą, u której w przepuklinie uwięzłej i zgorzelinowej wykonał pierwotną r e s e k c y ą j e l i t a.

Chora, Jetti Mühlrad, 28 lat, wyrobnica dzienna, przyjęta w dniu 31. Marca b. r. po południu do szpitala, podała, że w dniu 27. Marca w południe podczas oddawania stolca wystąpił u niej obrzęk bolesny w pachwinie prawej. Tego samego dnia jeszcze zasięgała porady pięciu lekarzy, z których jedni guz ugniatali, drudzy stosowali okłady zimne, inny znowu ciepłe. Wieczorem tegoż dnia wystąpiły wymioty z początku zielonawe, następnie żółtawe i mocno cuchnące. W dniu 31. Marca wstąpiła do szpitala. Przekonawszy się o przepuklinie udowej prawej wielkości jaja kurzego, nad którą skóra była zaczerwieniona i naciekła, przystąpiłem zaraz przy pomocy koll. Stahlbergera, Szulisławskiego

i Krygowskiego do herniotomii. W worku przepuklinowym znaleźliśmy małą ilość rzadkiego, brudno-krwawo zabarwionego, cuchnącego płynu i pętlę jelita cienkiego, około 6 cm. długą, czarną i kruchą. Po rozszerzeniu cięcia skórnego ku górze i odpreparowaniu pierścienia uciskającego pod kontrolą oka, wytoczyłem najbliższe odcinki pętli doprowadzającej i odprowadzającej i po założeniu uciskadeł zresekowałem około 20 cm. jelita, z czego znaczniejszy odcinek przypada na pętlę doprowadzającą. Z krezki wyciąłem klin mały w miejscu pętli uwięzłej. Odcinki jelita zeszyłem 3-piętrowym szwem kuśnierskim, naprzód błonę śluzową osobno, następnie błonę surowiczą wraz z warstwą mięsną dwupiętrowym szwem jedwabnym. Po odprowadzeniu jelita wsunąłem do otworu pasek z gazy jodoformowej, który po 24 godzinach usunięto. Przez następnych dni kilka (do 4-go Kwietnia) chora dostawała wewnętrznie *tinct. opii* po 20 kropel 3 razy dziennie. Zaraz po operacyi w nocy miały odejść wiatry. Wymioty ustąpiły zupełnie. Tętno spokojniejsze i silniejsze. Ciepłota ciała tuż przed operacyą 38, dnia 1. Kwietnia rano 38·2, wieczorem 38·5, w dniu 2. Kwietnia rano 37·7, wieczorem 37·4. W dniu 6. Kwietnia wieczorem (w siódmym dniu po resekcyi) chora dostała Hegara z litra wody. W dniu 7. Kwietnia z powodu znacznego wzdęcia brzucha i wielkich dolegliwości chorej, wlewaliśmy kilkakrotnie po 2 do 3 litrów wody do kiszki odchodowej, a gdy to pozostało bez pożądanego skutku, zrobiłem igiełkami od strzykawek Pravaza nakłucia przez ścianę brzuszną, poczem wzdęcie brzucha zmniejszyło się znacznie a chora uspokoiła się. Wieczorem tegoż dnia chora dostała *25·0* oleju rącznikowego, poczem w nocy miała kilka obfitych wypróżnień bez żadnych dolegliwości. Dalszy przebieg leczenia nie przedstawia szczegółów ciekawszych. Obecnie chora jako wyleczona opuszcza szpital.

Do przypadku przedstawionego dołącza kol. B. kilka uwag ogólnych w kwestyi pierwotnej resekcyi kiszki w przepuklinie uwięzłej i zgorzelą dotkniętej, dochodząc do wniosków wygłoszonych przez prof. Rydygiera (*Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej*), który „daje pierwszeństwo pierwotnej resekcyi w uwięzłej i zgorzelinowo zmienionej przepuklinie, gdy chory nie jest zbyt osłabiony a stosunki miejscowe pozwalają na to“.

Nadto kol. B. opisuje drugi przypadek pierwotnej resekcyi w przepuklinie, który operował w Listopadzie z. r. W czwartym dniu po tym zabiegu z powodu wystąpienia ostrych objawów niedrożności (zapad, wymioty kałowe, widoczne ruchy robaczkowe jelit, miejscowe wzdęcie brzucha, tętno nikłe), musiano przystąpić do laparotomii, która wykazała zlep obu odcinków jelita, które przylegały do siebie na kilkanaście centymetrów, tworząc ostry załam w miejscu wykonania resekcyi. Oprócz tych miejscowych zmian nie było żadnych innych. Pętla odprowadzająca była mocno przekrwiona, rozpulchniona i krucha i podczas wytaczania pękła w jednem miejscu. Wykonano wówczas resekcyą około 30 cm. jelita a odcinki wszyto do dolnego kąta rany laparotomijnej. Chora zmarła wśród objawów zapalenia otrzewny. Sekcyi nie było. Niekorzystny wynik pierwszej operacyi przypisuje kol. B. temu, że był zbyt oszczędnym w wycięciu pętli doprowadzającej.

4) Kol. Schmidt opisuje przypadek otrucia zgęszczonym kwasem karbolowym u 5-letniego chłopaka z wydzieleniem się błony śluzowej całego przełyku (*oesophagus*) po 41-godzinnej nieprzytomności i przedstawia preparat z tego przypadku. Chory wyzdrowiał. (Przypadek będzie szczegółowo opisanym w *Przegl. lek.*).

Kol. Stroynowski widział podobną długotrwałą utratę przytomności po przepłukaniu macicy wodą karbolową.

Kol. Wehr przestrzega przed używaniem rozczynów wody karbolowej sporządzanych w domu, ponieważ rozczyny takie robi się najczęściej w ten sposób, że do wody w irygatorze dolewają kwasu karbolowego, który nie rozpuściwszy się dostatecznie osiada na dnie naczynia. Kol. W. opisuje przypadek wystąpienia objawów otrucia po przepłukaniu odbytnicy wodą karbolową po operacyi guzów krwawniczych.

Kol. Sielski sądzi, że osiadanie kwasu na dnie naczynia nie jest wyłączną przyczyną występywania objawów otrucia, lecz że objawy otrucia występują wtedy, jeżeli nawet dobrze przyrządzony rozczyn wody karbolowej dostaje się do żyły otwartej i opisuje wystąpienie właściwych objawów po przepłukaniu macicy wodą karbolową w przypadku niekompletnego poronienia.

Kol. Obtułowicz opisuje przypadek, w którym chory z powodu wiewióra (*gonorrhoea*) wstrzyknął sobie do cewki moczowej surowy kwas karbolowy. Po minieniu pierwszych ostrych objawów zwężenia cewki chory wyzdrowiał i nie miał następnie nigdy objawów zwężenia. Dalej opisuje kol. O. przypadek, w którym kobieta pokąsana w palec przez wściekłego kota przyłożyła sobie okład ze zgęszczonego kwasu karbolowego. Z powodu następowej suchej zgorzeli kol. O. musiał odjąć palec.

Kol. Wehr przypomina, że na palcach unika się w leczeniu chirurgicznem okładów nawet z 5% i 3% wody karbolowej. Nawiązując do pierwszego przypadku kol. Obtułowicza opisuje kol. W. przypadek, w którym chory z polecenia lekarza wojskowego moczył sobie prącie z powodu wrzodu miękkiego w zgęszczonym kwasie karbolowym, w skutek czego powstały zewnętrzne blizny, które wywołały zwężenie cewki moczowej.

Kol. Barącz przestrzega również przed zapisywaniem zgęszczonego kwasu karbolowego i opowiada o przypadkach mocnych poparzeń i zgorzeli skóry na znacznym obszarze w skutek użycia nierozpuszczonego kwasu. Chorzy sprowadzają sobie nim daleko większe uszkodzenia, niż to, dla leczenia którego kwas przepisano.

Na tem zakończono posiedzenie. Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

W roku 1887. we Wrześniu prezydent Stanów Zjednoczonych Cleveland otworzył w stolicy Rzeczypospolitej IX-ty Zjazd międzynarodowy lekarski, któremu przewodniczył Davis. Jakkolwiek udały pod względem liczebnym (3000 członków), Zjazd ten nie obudził takiego zainteresowania w świecie naukowym, jak poprzednie; nie widzimy też pomiędzy uczestnikami nazwisk wybitniejszych badaczów europejskich, których udział w ogóle był stosunkowo słaby. Państwa europejskie miały jednak swoich urzędowych przedstawicieli. Ogólny zatem charakter Zjazdu był odmienny nieco od poprzednich, gdyż ogromna większość odczytów i referatów należała do lekarzy amerykańskich. Do najbardziej ożywionych należała sekcya ginekologiczna, licząca bardzo wiele odczytów; zajmowano się tu dłużej sprawą niepłodności u kobiet i jej leczeniem oraz zastosowaniem prądu elektrycznego do leczenia guzów macicy; ta ostatnia metoda lecznicza znalazła w Ameryce bardzo wielu zwolenników i zastosowanie w wielu cierpieniach kobiecych. Oprócz prac naukowych sprawozdania z tego Zjazdu wspominają o wspaniałych przyjęciach i bankietach, jakiemi rząd i lekarze amerykańscy starali się uprzyjemnić pobyt kolegom ze Starego Świata.

Urządzenie następnego kongresu międzynarodowego powierzono Niemcom i siedzibą jego po upływie trzechlecia wybrano Berlin. Już na rok przedtem komitet Zjazdowy złożony z Bergmanna, Leydena, Waldeyera i Lassara pod przewodnictwem prezesa kongresu Virchowa z niemiecką systematycznością rozpoczął organizacyę kongresu, wyrobiwszy sobie przedewszystkiem wysokie kredyty pieniężne zarówno u parlamentu i u sejmów państw związkowych, jak i u zarządu miasta Berlina. Jak słusznie robi uwagę jedna z gazet lekarskich włoskich, jest to możliwe tylko w kraju, w którym naród cały przejęty jest czcią dla nauki. Niewątpliwie, lecz oprócz tej czci konieczne jest, aby przedstawiciele tego narodu mieli z czego dysponować i udzielać kredytu, gdyż bez tego i najlepsze chęci nie pomogą do ... nalania z próżnego.

Nie będziemy długo zatrzymywali się na opisie Zjazdu berlińskiego, gdyż odbył się on niedawno i mamy go jeszcze w pamięci. Po otwarciu uroczystem w dniu 4. Sierpnia r. 1890. rozpoczęto prace w sekcyach, których liczba wzrosła do dziewiętnastu.

Odczyty na posiedzeniach ogólnych rozpoczał Lister wykładem o stanie obecnym chirurgii przeciwgnilnej, której zasadom pozostał wiernym, dając dotychczas obszerne zastósowanie w operacyach płynom antyseptycznym. Drugi wykład miał Koch o badaniach bakteryologicznych; w wykładzie tym z zagadkową tajemniczością zapowiedział wynalezienie przez siebie środka leczącego gruźlicę, który ogłosił w 3 miesiące później. Jakie to było odkrycie i ile kosztowało ono cierpiącą ludzkość, którą miało wybawić od tej najstraszniejszej plagi, dziś wiemy już dobrze. Nadzwyczaj ciekawy był odczyt Boucharda o mechanizmie zakażenia i odporności, w którym przedstawił rozwój tej najnowszej dziedziny patologii. Z następnych odczytów wymienimy: Axel-Keya: O okresie dojrzewania i jego stósunku do chorób młodzieży szkolnej, Wooda: O metodach znieczulania, w którym oddawał stanowczo pierwszeństwo eterowi, Cantaniego: O postępowaniu przeciwgorączkowem, Meynerta: O współdziałaniu części mózgu, wreszcie Stokvisa: O patologii porównawczej ras ludzkich.

Jako o rzeczy godnej uwagi wspomnieć należy o tych rzeczywiście cennych wydawnictwach naukowych, tyczących się rozmaitych urządzeń lekarskich i sanitarnych w państwie niemieckiem i mieście Berlinie, które w postaci wspaniałych ksiąg pamiątkowych ofiarowano uczestnikom.

W miarę rozwoju Zjazdów i zwiększania się liczby ich uczestników, zachodziła potrzeba rozszerzenia i umiejętnej organizacyi i drugiej strony tych Zjazdów, strony nie naukowej, lecz czysto towarzyskiej. Strona ta stanowi ważny dodatek Zjazdów naukowych, jako zastósowanie higienicznej zasady *utile dulci* i bywa uwzględniana i urządzana z mniejszem lub większem powodzeniem, stósownie do liczby członków kongresu a głównie do zdolności organizacyjnych komitetu. Rzecz prosta, w urządzeniu tej strony towarzyskiej czy rozrywkowej, zachować trzeba pewną miarę, pewne granice, których przekraczać nie wolno bez narażenia powagi naukowej Zjazdu, zagrożonemu w takim razie przybraniem cech międzynarodowego kiermaszu. Dlatego też na komitecie urządzającym leży trudny obowiązek pogodzenia żądań w tym względzie gości z wymaganiami samej natury Zjazdu, którego charakter i cel stać musi na pierwszym planie. A przytem ma się do czynienia nie z jakąś garstką ludzi, lecz z 7-tysięcznym zastępem, licząc i damy (samych członków w Berlinie było 5720). Pomimo to przyznać należy Berlińczykom, iż z tego niełatwego zadania wywiązali się lepiej, niż zadawalniająco, że oprócz dobrej organizacyi strony naukowej i część towarzyska wypadła przyzwoicie, że na tym nawet punkcie zdobyli się oni na niezwykłą Niemcom cnotę wysokiej gościnności, tak iż w rezultacie uznanie, wyrażone w mowie pożegnalnej przez Boucharda *au succès sans précédant de ce congrès sans égal* mieściło w sobie coś więcej, aniżeli wyraz zwykłej kurtuazyi.

Umyślnie przed rozpoczęciem sprawozdania z ostatniego Zjazdu rzymskiego streściłem w najkrótszych słowach historyę wszystkich Zjazdów poprzednich; ułatwi to do pewnego stopnia możność porównania ich organizacyi i osądzenia postępu rozwoju.

W ostatnich czasach, już po zamknięciu Zjazdu w Rzymie, pod wpływem prawdopodobnie wielu uderzających w nim braków, dają się słyszeć głosy nie tylko ganiące i potępiające wady organizacyj zjazdowych, lecz nawet przepowiadające rychły upadek tej wszechświatowej instytucyi, jako nieodpowiadającej przeznaczeniu, chybiającej celu i t. p. Zapatrywanie ultrapesymiczne i zupełnie niesłuszne. Zjazdy międzynarodowe lekarskie przeżyją z pewnością nas o wiele, gdyż stanowią instytucyę, której pożyteczność nie ulega najmniejszej wątpliwości; lecz jak wszystko, potrzebuje od czasu do czasu reformy, stósownej do postępów wiedzy i wymagań chwili. I obecnie domagają się one koniecznie reorganizacyi i w tem jedynie, zdaje się, tkwi jądro sprawy. Na czem może one polegać, zastanowimy się poniżej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 14. Czerwca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

Sekcya dla medycyny wewnętrznej wraz z laryngologią, otologią, neuropatologią i pedyatryą.

Dotychczas zapowiedziano następujące referaty i odczyty:

1) Dyetetyka i terapia ostrego i przewłocznego nieżytu kiszek u dzieci: Dr. Rosenblatt, Dr. Z. Szydłowski.

2) Niedokrewność i błednica: Dr. Dunin, Dr. E. Biernacki.

3) O zapaleniu kiszki ślepej i tkanek sąsiednich: Dr. Rejchmann, Dr. Krajewski.

4) O rozpoznawaniu oraz leczeniu nowotworów złośliwych krtani: Dr. Jan Sędziak.

5) W sprawie genezy porażeń i zaburzeń czucia w cierpieniach rdzenia pacierzowego (z demonstr. prep. mikr.): Dr. E. Biernacki.

6) W sprawie krwotoków płucnych: Dr. T. Stachiewicz.

7) Przyczynek do leczenia niektórych form zwężenia krtani. Prof. Dr. P. Pieniążek.

8) Przyczynek do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych: Dr. Jaruntowski.

9) Gruźlica ucha: Dr. Guranowski.

— Rektorem Uniwersytetu Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany profesor anatomii patologicznej, obecnie dziekan Wydziału lekarskiego, Dr. Tadeusz Browicz.

— Zeszyt 4-ty Tomu I. warszawskiego *Przeglądu chirurgicznego*, któryśmy co właśnie otrzymali, poświęciła Redakcya prof. Alfredowi Obalińskiemu w Krakowie ku uczczeniu 25-letniej czynności jego na polu chirurgii. Zeszyt ten ozdobiony na czele wizerunkiem wcale udatnym prof. O. rozpoczyna się od przemowy redaktora do Szan. Jubilata, napisanej bardzo serdecznie i zawiera prócz krótkiego rysu życia całą bibliografią (53) prac polskich prof. O., a następnie szereg prac oryginalnych naszych najlepszych pracowników w rozmaitych gałęziach rozległej niwy chirurgicznej; i tak podali: 1) Doc. Dr. R. Trzebicky: Ile jelita cienkiego można resekować? 2) Dr. W. Matlakowski: Przyczynek do kazuistyki wycięcia odbytnicy z powodu raka. 3) Dr. R. Barącz: Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek brukwiowych w ileokolostomii sposobem Senna; wyleczenie. 4) Prof. Dr. Pieniążek: O zapaleniu ochrzęstnej krtani i zwężeniu po niem oraz o sposobach usuwania jego. 5) Dr. J. Sędziak: Przyczynek do etyologii t. zw. czarnego języka. 6) Prof. Dr. A. Mars: Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy. 7) Dr. L. Szuman: Z dziedziny celiotomii. Dwa przypadki doszczętnego wycięcia macicy mięśniakowatej z powodu

wywołanych przez guz objawów ostrego zapalenia otrzewny. 8) Dr. K. Szadek: Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przełyku i 9) Dr. W. H. Krajewski: O stósunku medycyny wewnętrznej do chirurgii.

Nie ma zdaniem naszem wątpliwości, iż lepiej i trafniej, niż to uczyniła Redakcya *Przeglądu chirurgicznego*, nie można było uczcić zasług Szanownego prof. Obalińskiego, który jako najbliższy nam kolega i współpracownik niech przyjmie na tem miejscu szczerą naszą gratulacyą z powodu tak zaszczytnego uznania ze strony kolegów zawodowych.

— Profesorem kliniki chirurgicznej w Wiedniu na miejsce zmarłego Billrotha mianowany Dr. Karol Gussenbauer, profesor kliniki chirurgicznej w uniwersytecie niemieckim w Pradze.

— Cholera. Według urzędowych wykazów od pojawienia się w dniu 7. Kwietnia cholery na wschodniej granicy Galicyi zapadło na nią do 5. Czerwca w 6 gminach powiatu borszczowskiego i w 2 gminach powiatu busiatyńskiego 109 osób, z których umarło 54. W Królestwie polskiem występuje cholera najmocniej w gubernii warszawskiej i samem mieście Warszawie, w którem od 23. Marca do 31. Maja przyjęto do szpitala Dzieciątka Jezus 112 chorych; z nich umarło 52, wyzdrowiało 40 a pozostało w dalszem leczeniu 20. Gdy w latach zeszłych były ogniska choroby przeważnie w dzielnicach nieskanalizowanych i niezaopatrzonych w wodociągi, to w bieżącym roku cholera występuje prawie we wszystkich punktach miasta. Najważniejszym rozsadnikiem cholery w Warszawie jest wieś Ochota tuż za rogatkami Jerozolimskiemi; w tem też miejscu nabawił się cholery niosąc pomoc chorym Dr. Kajetan Szczeniowski, który jednak dzięki energicznej pomocy kolegów przyszedł obecnie do zdrowia. W stopniu o wiele już słabszym niż w Warszawie i w gubernii warszawskiej, pojawia się cholera w rozrzuconych miejscowościach gubernij płockiej, piotrkowskiej i radomskiej.

W Cesarstwie niemieckiem wystąpiła cholera w Mysłowicach na Szląsku, gdzie z 7 chorych umarło 6, tudzież w niektórych miejscowościach nad Wisłą a między innemi i w Gdańsku, gdzie zaszły dwa przypadki śmierci.

— Wobec natury i ważności chorób zakaźnych byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by w datach statystycznych o ich przebiegu w naszym kraju uwzględniano także i stopień zaludnienia danych okolic, tem bardziej, iż często wielkie w tej mierze są różnice między różnemi okolicami. Tak n. p. w powiecie krakowskim, w którym nie ma ani jednego miasteczka — Kraków jest sam dla siebie osobnym powiatem czyli gminą miejską — przypada na miryametr kwadratowy (= 100 kilometrom kwadratowym) 14.882 mieszkańców, w powiecie lwowskim zaś mimo dwóch miasteczek tylko 8.614 mieszkańców na równą powierzchnię czyli stopień zaludnienia powiatu krakowskiego ma się do zaludnienia pow. lwowskiego, jak 100:57·8.

— Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego doniósł Richet, iż w Sycylii spostrzegano przypadek zimnicy u kobiety, u której w pierwszym napadzie ciepłota ciała doszła do 45°, w drugim nawet do 46° C. Chinina zrobiła swoje i chora wyzdrowiała. Również wyzdrowiał w Cincinnati chory, który miał 46·1° C. Nie wiadomo wszakże, jak długo trwało takie podniesienie się ciepłoty. Rzecz mimo tego zasługuje na uwagę (a przywodzi sprawozdawcy *Przeglądu lekarskiego* na pamięć przypadek, w którym zawezwano czem prędzej jego pomocy do chorej z temperaturą 45° C. Założenie wszakże termometru pod ciągłą uwagą na chorą gorączki nie wykazało a cała sprawa, która otaczające osoby tak przeraziła, okazała się sztuczką urządzoną przez histeryczkę przy pomocy lampy!).

— Komisya petycyjna parlamentu niemieckiego zastanawiała się nad petycyą ogólnego niemieckiego stowarzyszenia kobiet w Lipsku o przypuszczenie kobiet do nauki lekarskiej i postanowiła jednomyślnie przejść nad nią do porządku dziennego po wysłuchaniu wywodów reprezentanta rządowego, który wykazał naprzód, że decyzya w tej sprawie nie należy do kompetencyi cesarstwa, lecz wchodzi we własny zakres państw związkowych, że i teraz, gdy kobietom nie wolno zdawać egzaminu dojrzałości w gimnazyach ani uczęszczać do uniwersytetów, wolno im praktykować na podstawie ustawy przemysłowej. Wprawdzie nie mogą obecnie kobiety uzyskać stopnia lekarza, ale dzieje się to tylko dlatego, ponieważ nie mogą zadosyć uczynić wymaganiom ustawy o egzaminach lekarskich a od wymagań tych nie możnaby ich uwolnić nie uwalniając także i mężczyzn.

— Z inicyatywy pruskiego ministra oświaty odbywają się w gmachu parlamentu niemieckiego w Berlinie wykłady z zakresu higieny dla zaproszonych gości, przeważnie członków obu izb parlamentu i wyższych urzędników. Prof. Finkler z Bonny mówił o znaczeniu higieny dla ekonomii socyalnej, prof. Fraenkel z Marburga o bakteryologii i jej znaczeniu praktycznem a prof. Rubner z Berlina o budowie i o urządzeniu szpitali. Ten wykład połączono ze zwiedzeniem dwóch wielkich szpitali berlińskich.

— Fröhner, profesor berlińskiej szkoły weterynarskiej, w celu przekonania się, jak często trafia się gruźlica u małych zwierząt domowych, zbadał ich w tym celu w ciągu siedmiu lat 70.000 i znalazł gruźlicę u 281 czyli 0·4%. Z nawiedzonych gruźlicą było 0·04% psów, 1% kotów i aż 25% papug, co Fröhner przypisuje ciągłemu przebywaniu tych ptaków w pokojach zamieszkanych przez ludzi.

— Jak donoszą dzienniki, w Odesie ma być wkrótce założonym wydział lekarski w tamtejszym uniwersytecie.

— Osobne irade sułtańskie postanawia, że w Konstantynopolu ma być założony szpital przeznaczony wyłącznie dla osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe i połączony ze zakładem bakteryologicznym do studyowania wścieklizny. Szpital ten przyjmować będzie chorych z całego państwa ottomańskiego i kształcić specyalnie na tem polu lekarzy, którzy później będą dyrektorami podobnych szpitali, mających się założyć w odległych prowincyach.

— Członkowie odbytego niedawno w Berlinie kongresu chirurgicznego obecni byli *in corpore* próbom strzelania do pancerza wytrzymałego na kule a wynalezionego przez Dowego. Ostremi nabojami, zbadanemi naprzód przez obecnych przy próbie lekarzy wojskowych, dano do wynalazcy odzianego w pancerz swego pomysłu pięć strzałów a próbę tę powtórzono z koniem również odzianym w ten pancerz. Tak Dowe jak i koń nie ponieśli żadnej szkody na zdrowiu mimo, iż strzały dano z bardzo nieznacznej odległości. Po tych próbach wynalazek Dowego nie powinienby więcej ulegać żadnej wątpliwości. Inne oczywiście pytanie, czy nada on się do celów wojennych.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Grac. Prof. nadzw. Escherich mianowany profesorem zwyczajnym, pozostaje na swem stanowisku. Docent prywatny Dr. Hoffer von Sulmsthal, mianowany profesorem zwyczajnym medycyny klinicznej. — Sztrasburg. Profesor chirurgii w Roztoku, Madelung przyjął powołanie na opróżnioną przez śmierć Lückego katedrę. — Wiedeń. Na katedrę oftalmologii opróżnić się mającą przez ustąpienie prof. Stellwaga przedstawił Wydział lekarski na pierwszem miejscu Mauthnera, b. prof. okulistyki w Inspruku, na drugiem na równi prof. Schnabla z Pragi i prof. Sattlera z Lipska, na trzeciem prof. Borysiekiewicza z Gracu.

Redakcya otrzymała:

Alfred Nossig: Einführung in das Studium der socialen Hygiene. 1894. Deutsche Verlags-Anstalt. Stuttgart, Leipzig, Berlin, Wien.

R. Trzebicky Doc.: Ueber die Grenzen der Zulässigkeit der Dünndarmresection. (Osobna odbitka z *Archiv für klinische Chirurgie*).

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Maryana Kulczyckiego, zmarłego przed niedawnym czasem w Żywcu, złożyli koledzy w Redakcyi *Przeglądu lekarskiego* na fundusz dla wdów i sierot po lekarzach 25 złr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Dr. Raczyński okaże fantom do intubacyi krtani; 2) kol. prof. Bujwid mówić będzie: *O warunkach zdrowej wody podług zasad nowoczesnej higieny.*

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

L. 541.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się **do końca Czerwca 1894. roku.** 141—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.